



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

NYCARLA DE ARAÚJO BEZERRA

**CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO
PARTO: UM ESTUDO À LUZ DA REVISÃO INTEGRATIVA**

**CUITÉ – PB
2016**

NYCARLA DE ARAÚJO BEZERRA

CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO
PARTO: UM ESTUDO À LUZ DA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande apresentado a Banca Examinadora para análise e parecer como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Gigliola Marcos Bernardo de Lima

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

B574c Bezerra, Nycarla de Araújo.

Concepção de profissionais de saúde sobre a humanização do parto: um estudo à luz da revisão integrativa. / Nycarla de Araújo Bezerra. – Cuité: CES, 2016.

53 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Gigliola Marcos Bernado de Lima.

1. Assistência ao parto. 2. Parto humanizado. 3. Profissionais de saúde. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 618.2

NYCARLA DE ARAÚJO BEZERRA

CONCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: UM ESTUDO À LUZ DA REVISÃO INTEGRATIVA

Aprovado em: ____/____/2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Orientadora- UFCG/ CES/UAENFE

Prof^a. Dr^a. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira
Examinadora - UFCG/ CES/UAENFE

Myldrad Soares Marques Rolim
Examinadora - Pós Graduada em Urgência, emergência e UTI.

*Dedico este trabalho aos meus pais que tanto acreditam em mim e que não medem esforços para que eu possa alcançar meus objetivos. Agradeço à **Deus** pelo fim de mais essa etapa e por ter me dado forças para chegar até aqui.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para concluir meu curso, sendo meu guia nos dias de dificuldade guiando o meu coração para a solução dos meus problemas.

Agradeço a minha mãe, que me ensinou a ser uma mulher de força e um ser humano íntegro, com caráter e dignidade para enfrentar a vida. Pelo amor imensurável. Que me deixou livre pra seguir minhas escolhas, sempre depositando confiança em mim e fazendo o impossível junto ao meu pai para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai agradeço por ter me ensinando os maiores valores que se pode ter na vida, me incentivou a estudar, e a levar a vida com compaixão ao próximo e com humildade, com seu jeito leve de ver a vida me faz acreditar que tudo dará certo no final.

Agradeço também a minha irmã por sempre estar ao meu lado por todo amor, cumplicidade e orgulho que tens por mim.

Agradeço também ao meu Noivo por ser tão presente, por estender a mão sempre que preciso, por agüentar minhas crises de ansiedade e choro quando o desespero bate, por acreditar tanto em mim e por todo amor ofertado.

A todos os (as) professores do curso de Enfermagem CES/UFCG, que foram tão importantes na minha vida acadêmica. Obrigada!

A minha Orientadora, obrigada por fazer parte dessa conquista, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões das minhas atividades. Você é exemplo na minha vida. Sou toda GRATIDÃO a ti.

A minha banca obrigada por aceitarem meu convite, é muito importante ter vocês neste momento, avaliando o meu trabalho de conclusão de curso.

A Myldrad, não tenho palavras para agradecer por todo apoio e ajuda dado neste momento. Meu muito obrigada!

Aos meus amigos agradeço por todo apoio e por entenderem quando eu precisava me ausentar, sou tão grata por toda atenção nos momentos difíceis e por todas as alegrias compartilhadas.

RESUMO

BEZERRA, N.A. **Concepção de profissionais de saúde sobre a humanização do parto: um estudo a luz da revisão integrativa.** Cuité, 2016. 53f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2016.

Humanizar o nascimento envolve diversos aspectos como o respeito às modificações fisiológicas durante o trabalho de parto e parto, a preocupação com o contexto biopsicossocial em que a gestante está inserida e a otimização do contato precoce mãe-filho de maneira eficaz/eficiente. Neste sentido, esse estudo teve por objetivo geral, sumarizar o conhecimento científico publicado em periódicos de Enfermagem, entre os anos de 2005 e 2015, acerca da concepção de profissionais de saúde sobre parto humanizado. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram utilizados os termos “Assistência ao parto”, “Parto Humanizado”, “Humanização” e “Profissionais de Saúde” combinados de dois em dois e depois os quatro juntos, através do operador booleano AND para expandir as possibilidades de busca. Como critérios de inclusão, foram delimitados os artigos disponíveis na íntegra no período de 10 anos (2005-2015) nos idiomas, inglês, português e espanhol. Feita a seleção dos estudos, quinze (15) artigos foram selecionados e incluídos nesta revisão integrativa. Os estudos apontam que os profissionais de saúde tem um papel essencial no processo de parturição, realizando de forma humanizada o nascimento, dando apoio emocional e físico à parturiente. Fazendo com que ela seja protagonista do seu momento respeitando seus direitos. Diante dos resultados obtidos, recomendamos a realização de novos estudos versando sobre metodologias referente a capacitação dos profissionais para uma melhor humanização no momento do parto.

Palavras-Chave: Assistência ao Parto. Parto Humanizado. Humanização. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

BEZERRA, N.A. Concepção health professionals on the humanization of birth: a study in light of the integrative review. Cuité, 2016. 53f. Work Course Conclusion (TCC) (Bachelor of Nursing) - Academic Unit of Nursing, Education and Health Center, Federal University of Campina Grande, Cuité-PB, 2016.

Humanizing birth involves several aspects such as respect for the physiological changes during labor and delivery, the concern with the biopsychosocial context in which the pregnant woman is inserted and the optimization of the early mother-child contact effectively / efficiently. In this sense, this study has the general objective, summarize scientific knowledge published in Nursing journals, between the years 2005 and 2015, on the design of health professionals on humanised childbirth. This is an integrative literature review, from data of Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF) and electronic library Scientific Electronic Library Online (SciELO). the descriptors "childbirth assistance" were used, "Humanized Childbirth", "humanization" and "Health Professionals" combined two and then the four together, through the Boolean operator to expand the search possibilities. Inclusion criteria were defined articles available in full on 10-year period (2005-2015) in, English, Portuguese and Spanish. Once the selection of studies, fifteen (15) articles were selected and included in this integrative review. Studies show that healthcare professionals have an essential role in the parturition process, performing a humane way birth, giving emotional and physical support to laboring women. Causing it to be protagonist of his time respecting their rights. Based on these results, we recommend conducting new studies dealing on methodologies related to training of professionals for better humanization at delivery.

Keywords : Care Delivery . Humanized Birth . Humanization . Health Professionals

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Descrição do processamento e análise dos dados para compor o estudo.....	31
QUADRO 2: Descrição dos artigos selecionados conforme ano de publicação, título, objetivos e principais resultados.....	32
QUADRO 3: Descrição dos artigos conforme base de dados, periódicos e Qualis.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Categorização da autoria dos artigos encontrados na revisão da literatura quanto ao local de publicação. Agosto. 2016. 39

GRÁFICO 2: Categorização da autoria dos artigos encontrados na revisão da literatura quanto ao sexo dos autores. Agosto. 2016. 40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURA

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BDENF – Base de Dados de Enfermagem

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

CES – Centro de Educação e Saúde

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEC –Ministério da Educação

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento

PMI – Programa Materno Infantil

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPP - Pré-parto; Parto; Puerpério

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Trajetória política.....	17
3.2 Breve resgate da fisiologia do parto.....	20
3.3 Parto humanizado e recomendações da Organização Mundial de Saúde.....	22
3.3.1 Condutas que devem ser estimuladas para humanização do parto.....	24
3.3.2 Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas do parto.....	26
3.3.3 Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas no parto.....	27
4 CAMINHO METODOLOGICO.....	28
4.1 Tipo de estudo.....	28
4.2 Delineamento do estudo.....	28
4.3 Instrumentos e coletas de dados.....	29
4.4 Processamento e análise dos dados.....	29
5 RESULTADOS.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE.....	52

1 INTRODUÇÃO

O partear faz parte do universo feminino, e por isso, durante muito tempo se pensou que este deveria ser compartilhado somente entre mulheres, devendo ser exercido pelas práticas de curandeiras, parteiras ou comadres, por razões que envolviam a intimidade de expor a genitália e porque a presença masculina no parto, não significava um bom presságio. Soma-se a isso, o fato de que o parto não tinha valor para as atividades médicas, sendo desvalorizado e deixado aos cuidados femininos (SANTOS *et al.*, 2015).

Com a hospitalização do parto, a partir do século XX, da década de 1940, o mesmo passou a ser medicalizado e o controle do período gravídico puerperal passa a ocupar a esfera pública institucional e o parto deixa de ser um processo natural, privativo e familiar. É nesse contexto de desapropriação da mulher, do seu protagonismo no momento do parto, que surge a necessidade de humanizar este momento (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, é preciso pensar sobre a humanização. Humanizar o nascimento envolve diversos aspectos como o respeito às modificações fisiológicas durante o trabalho de parto e parto, a preocupação com o contexto biopsicossocial em que a gestante está inserida e a otimização do contato precoce mãe-filho de maneira eficaz/eficiente. Além disso, o profissional deve garantir a presença de um acompanhante de escolha da parturiente e mantê-la informada sobre todos os procedimentos que estão sendo realizados, respeitando-a enquanto mulher e cidadã (SOUZA *et al.*, 2011).

As práticas de cuidado humanizado trazem inovações nas práticas da assistência ao trabalho de parto. A mulher é valorizada na sua subjetividade e tem a oportunidade de desfrutar de momentos de prazer e liberdade durante todo o processo de parturição. Práticas como as massagens relaxantes, o uso de óleos aromáticos, cromoterapia, musicoterapia, entre outras são fortemente incentivadas durante todo o processo (REBELLO *et al.*, 2012).

Corroborando com o que aponta o Ministério da Saúde, outros autores trazem que o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tem como finalidades incentivar um atendimento obstétrico holístico e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando a mudança na assistência. Além disso, o programa

trouxe o foco da questão para a mulher e promoveu a discussão sobre mudanças nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Para que o trabalho de parto aconteça de forma a se tornar uma experiência positiva para a mulher, esta deve ter seu estado físico e emocional em constante equilíbrio. Para tanto, atitudes de respeito e compreensão são essenciais para atingir tais objetivos, além da participação familiar. Logo, estes profissionais devem aprender a executar suas atividades de assistência junto ao acompanhante, transformando-o em um importante aliado para o sucesso do parto. Dessa forma, informar, acalmar e compreender os sentimentos desta pessoa é peça fundamental para a influência positiva durante este importante momento (SANTOS *et al.*, 2015).

Portanto, é neste cenário que a presença do acompanhante se torna fundamental. A assistência dada pelo acompanhante, de escolha da mulher, propicia suporte emocional, aliviando a tensão e o medo. Foi a Lei nº 11.108, sancionada em abril de 2005 que garantiu o direito ao acompanhante durante o processo parturitivo (BRASIL, 2014).

O parto humanizado não se refere necessariamente a um tipo de parto, mas ao tipo de assistência prestada, que, segundo os ditames do modelo humanizado, deve possibilitar a livre expressão do protagonismo feminino. Assim, a mulher passa a ser a agente principal nas tomadas de decisões e os profissionais restringem-se a acompanhar a evolução do trabalho de parto, lançando mão de intervenções somente quando necessário. O parto natural passa a representar, assim, o tipo de parto em que esse protagonismo poderá ser exercido de maneira ideal (WEI *et al.*, 2012).

Em outras palavras, na visão do movimento de humanização, é na vivência estritamente fisiológica que a mulher encontra a possibilidade de expressar integralmente o seu protagonismo. Entretanto, a realidade, é que mesmo em instituições no qual é preconizado o modelo de humanização do parto e nascimento, ainda existem entraves. O que se percebe ainda é que em muitas realidades a mulher, que deveria ser a protagonista do seu parto, se torna refém de um sistema que preconiza o que lhe satisfaz (PIOVESAN, 2012).

Para a formação humanística dos profissionais da saúde, emerge a concepção de ensino-aprendizagem como um processo permanente, no qual o estímulo à criatividade e à utilização de tecnologias deve também contribuir para instrumentalizar o profissional a estabelecer relações que sejam satisfatórias tanto para ele próprio quanto

para os clientes por ele assistidos. Com essa finalidade, a educação favorece a realização do ser humano no sentido de aprender a ser, repercutindo na formação de um profissional com condições de oferecer uma assistência humanizada (BUSANELLO *et al*, 2011).

A atuação realizada pelos enfermeiros obstétricos é baseada em técnicas não medicamentosas, como orientar a postura e a mobilidade adequada à parturiente influenciando no alívio da dor e no estímulo do trabalho de parto evitando o uso de analgésicos e ocitocina respectivamente. Essa atitude permite uma melhora na evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa (SANTOS *et al*, 2012).

A escolha do tema a ser abordado aconteceu em decorrência da relevância do assunto atualmente, bem como pela identificação pessoal com a área da enfermagem obstétrica. No atual cenário de assistência ao parto permeado de fragilidade e de ausência de direitos, encontrado em diferentes áreas do país, urge a necessidade de pesquisas que busquem perceber a concepção de profissionais de saúde sobre a humanização durante o parto e nascimento. Assim, justifica-se a realização desta pesquisa.

Neste sentido, apresentamos como pergunta norteadora deste estudo: Qual a concepção de profissionais de saúde sobre a humanização do parto à luz da literatura?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Sumarizar o conhecimento científico publicado em periódicos de Enfermagem, entre os anos de 2005 e 2015, acerca da concepção de profissionais de saúde sobre parto humanizado.

2.2 Objetivos específicos

- Averiguar a distribuição dos estudos revisados nas bases de dados por ordem temporal e estadiamento de *Qualis*;
- Destacar características sintéticas dos estudos, expressas nos objetivos, metodologias, resultados e conclusões;
- Estabelecer correlações entre as características sintéticas e a temática do estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Trajetória política

Na década de 1970 até meados dos anos de 1980, conforme, os programas relativos à saúde da mulher, foram utilizados amplamente na Saúde Pública no Brasil. Dois dos vários programas, destacam-se com maior importância, pois, delinearam as formas que adquiriram a assistência à mulher no país que são: o Programa Materno Infantil (PMI), formulado em 1975 e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1984 (MALHEIROS *et al*, 2012).

Criado em 1974, o Programa Materno Infantil (PMI) foi um dos programas que delineou os contornos da assistência à mulher, englobando a assistência materna e os cuidados ao período pré-concepcional, ao pré-natal, parto e puerpério (GONÇALVES, 2012).

De acordo com Gonçalves *et al* (2012) o programa era dividido em subprogramas como: gestação, parto e puerpério englobado na assistência materna; assistência à criança e ao adolescente de 5 a 14 anos; expansão da assistência materno-infantil com integração de grupos comunitários; suplementação alimentar para prevenir a desnutrição materna, gestação e lactação; atividades educativas e capacitação de recursos humanos. Portanto, o PMI se deteve no olhar focado na saúde da mulher como reprodutora e não na sua integralidade, abordagem debatida intensamente nos discursos e reivindicações de movimentos de mulheres, que se acentuaram naquele período.

Nos anos de 1980, com a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, reestruturaram-se as políticas públicas de saúde com a perspectiva da nova concepção da mulher, tão reivindicada pelos movimentos feministas. Com o PAISM adotou-se uma atitude inovadora no enfoque à saúde desta população, a partir de uma abordagem integral, fugindo daquela visão restrita à saúde reprodutiva (PEDROSA, 2010).

Tendo o conceito de integralidade da assistência à mulher, o PAISM propõe ações dirigidas para atender, de forma global, as necessidades prioritárias da população feminina nas suas diferentes fases. É considerado como um marco histórico, haja vista propor uma abordagem que vai além do ciclo gravídico-puerperal (LEISTER, 2011).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi criado para aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM, tinha como limitação à qualidade da assistência prestada e discreto impacto na mortalidade materna. O PHPN veio para enfatizar os direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. As principais ações da estratégia para redução da mortalidade materna estão definidas no Pacto pela Vida (2006), e tem como visão garantir o direito das gestantes ao acesso com qualidade e dignidade na atenção à gestação, parto e puerpério (SANTOS *et al*, 2015).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 2000 tem como principal estratégia, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL,2014).

Para este contexto, contribui ainda situações relacionadas à qualidade do trabalho realizado com baixas remunerações e sobrecarga, além de infraestrutura inapropriada e divergente dos preceitos da humanização associadas ao despreparo e desmotivação advindos dos profissionais de saúde (PEDROSA, 2010).

Após o ano de 2003, começou-se a identificar a necessidade de articulação com outras áreas e a se propor ações. Assim, em 2004 foi elaborado um documento intitulado “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM) pelo Ministério da Saúde que elencam princípios e diretrizes até então deixados de lado na atenção à saúde da mulher (LEISTER, 2011).

A humanização da assistência em saúde surge como uma opção para modificar o cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS), que demanda mudanças nos diversos estágios que o compõem, à exemplo da dificuldade no acesso e da falta de qualidade nos serviços de saúde. Humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais¹, o que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus), no ano de 2004; iniciativa criada para operar em toda rede do sistema (MALHEIROS, 2012).

Após a implementação do Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento, surgiram diversas lei estaduais a fim de proteger e estimular a presença do acompanhante no parto. Inicialmente a lei n° 10.241 de São Paulo, promulgada em 17

de março de 1999 garantia a presença somente dos pais nos exames de pré-natal e no momento do parto. Em seguida os estados do Mato Grosso do Sul em 21 de dezembro de 2001 com a lei nº 2.376, Santa Catarina em 12 de março de 2002 com a lei nº 12.133 e o Rio Grande do Sul em 27 de outubro de 2004 com a lei nº 12.157, também aderiram a iniciativa, permitindo a presença de um acompanhante em todos os períodos do parto (PIOVESAN, 2012).

Como resultado de toda essa mobilização, foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que obriga os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

O surgimento dessa lei e o incentivo a participação do acompanhante ocorreram devido ao reconhecimento de que essa prática contribui para a humanização do parto e nascimento. Acredita-se que a vivência de mulheres que tiveram a oportunidade de ter alguém que escolheram ao seu lado durante esses eventos é diferente das que vivenciaram essa experiência sozinha, mesmo que os profissionais envolvidos no processo tenham oferecido o cuidado e o conforto necessário (DODOU *et al*, 2014).

Além disso, o Ministério da Saúde estabelece estratégias para a humanização do parto, estimulando mudanças estruturais nas unidades de saúde, controlando os riscos objetivando a redução da mortalidade materna e neonatal, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada RDC 36 e da Instrução Normativa 02 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2008. Nestes documentos referidos, os serviços de atendimento obstétrico e neonatal sejam público, civil ou militar, funcionando de forma independente ou inserida em um hospital geral, deveriam, até dezembro de 2008, ter sofrido adequações, como por exemplo: adoção da presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; garantia à mulher de condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto desde que não existam impedimentos clínicos; garantia da privacidade da parturiente e seu acompanhante e adoção do quarto PPP (pré-parto, parto e puerpério) para os partos normais (BRASIL, 2008).

3.2 Breve resgate da fisiologia do parto

O curso do trabalho de parto e nascimento depende de muitas variáveis, cada uma diferindo não somente de mulher para mulher, mas também em trabalhos de parto sucessivos da mesma mulher. O trabalho de parto parece ser o resultado de uma combinação de fatores, os quais incluem o controle fetal, alterações nos hormônios esteroides, a produção da prostaglandina, a estimulação da ocitocina e as alterações musculares uterinas (SOUZA *et al*, 2011).

De acordo com Dodou et al (2014) o trabalho de parto é uma combinação de alterações fisiológicas inter-relacionadas, particularmente de alterações endócrinas, mas todos esses fatores não são necessariamente essências a cada vez.

O trabalho de parto como um processo rítmico tem a dor como seu principal elemento e a dor é o aspecto que melhor representa a rítmica do parto. Além da fisiologia natural que envolve e desencadeia o processo da dor, outros aspectos podem potencializá-la, como o medo, a cultura e os procedimentos realizados (SCHMID, 2014).

O parto representa a fase resolutiva do ciclo gravídico caracterizado pela expulsão ou extração do feto e seus anexos do organismo materno, isto é, é o processo pelo qual o bebê nasce (MONTENEGRO; RESENDE, 2011).

Ao final da gravidez aumenta consideravelmente a irritabilidade do útero até iniciarem, finalmente, fortes contrações rítmicas com tal força, que a criança é expulsa. Duas são as principais categorias que causam as contrações máximas responsáveis pelo parto. São elas: alterações hormonais progressivas e alterações mecânicas (MALHEIROS *et al.*, 2012).

O estrogênio e a progesterona mantêm uma relação de antagonismo durante a gestação. A progesterona é liberada em níveis aumentados para que se consiga a inibição da contração uterina, levando a expulsão do feto, logo que, a musculatura lisa seja relaxada. Assim, a quantidade de progesterona que foi liberada no fim da gestação diminui gradativamente à medida que o estrogênio aumenta. Isso apresentará como função principal o relaxamento dos ligamentos pélvicos (SCHMID, 2014).

O miométrio se torna mais excitável e contrátil, seu volume aumenta à medida que a gravidez progride. Sabe-se também que o útero se torna mais responsivo à ocitocina com o progredir da gravidez (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

A ocitocina por estimular poderosamente o útero gravídico, ela é utilizada de maneira artificial para a indução do parto quando a gestante apresenta condições de inércia uterina, amniorrexe prematura, pós datismo e diabetes. A oxitocina é liberada pela neuro-hipófise que desencadeia contração uterina (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Uma pequena distensão causada nos órgãos de musculatura lisa aumenta sua contratilidade, portanto, a movimentação fetal resulta na distensão da musculatura lisa e consequentemente a contração uterina (REBELLO *et al.*, 2012).

No final da gestação, existem diversas mudanças no corpo da gestante, que indicam a aproximação do nascimento. A cabeça do feto começa a se insinuar no interior da pelve. O colo do útero é constituído por uma espécie de feixe resistente de músculos, que se localiza na parte inferior do útero, nesta fase pré-parto o colo do útero amolece, consequentemente favorecendo o parto. Contrações uterinas conhecidas como contrações de Braxton-Hicks têm a função de ajudar a afinar o colo do útero. Essas contrações são normalmente indolores e ocorrem durante boa parte da gestação, assim sendo somente observadas no terceiro trimestre de gestação (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

A dilatação cervical ocorre através de contrações regulares e dolorosas, que levam o colo uterino a se dilatar. Normalmente na primeira gestação o colo do útero dilata-se 1cm por hora, e a abertura do colo do útero deve chegar aos 10 cm de largura (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

É existente a presença de contrações rítmicas, onde apresentam duas contrações em cada 10 minutos, com duração de 50 a 60 segundos. Ainda na fase de dilatação as contrações se encontram sendo dolorosas e só terá fim, após a dilatação final, chegando a 10 cm de dilatação (MALHEIROS *et al.*, 2012).

Entretanto o parto vaginal evolui de forma espontânea, fisiológica em tempo normal, não ocasionado prejuízos para a parturiente ou feto, pelo contrário, os benefícios do parto são sobrepostos os desconfortos que a parturiente sente. Não necessita de um local específico para ocorrer, podendo ser em hospitais, maternidades, casas de parto normal e até mesmo na própria casa da mulher (SOUZA *et al.*, 2013).

3.3 Parto humanizado e recomendações da Organização Mundial de Saúde

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência (SOUZA *et al*, 2013).

Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos se referem à autonomia da mulher durante todo o processo, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (LEISTER, 2011).

O parto humanizado A humanização da assistência traduz a necessidade de mudanças na compreensão do parto, como experiência humana e, para quem o assiste, uma transformação “no que fazer e que horas fazer”, diante do sofrimento do outro (PIOVESAN, 2012).

O evento da gravidez, parto e nascimento, que antes transcorria em família, em que as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos humanos e suportes sociais, com a introdução e evolução dos avanços tecnológicos e científicos envolve relacionamento e comunicação interpessoal, tendo em vista que “são elementos importantes” tanto no processo administrativo de trabalho quanto na assistência propriamente dita. Neste contexto, o simples ato de ouvir a parturiente e a sua família e de orientá-los sobre os procedimentos representa condição para o parto humanizado. É sermos mais humanos. Temos que tratar a parturiente sempre como se fosse a primeira vez, orientando sobre todos os passos pelos quais irá passar. Com isso, o parto deve expressar atenção à individualidade da mulher, considerando seus padrões culturais e sentimentos (SANTOS *et al*, 2015).

Na área da saúde e a medicalização do corpo da mulher, passa de evento familiar para evento hospitalar, conduzido por meios tecnológicos e cirúrgicos, com o objetivo de controlar as complicações e situações de risco para o binômio mãe-filho (PIOVESAN, 2012).

As maternidades são instituições que possuem forte poder de decisão sobre a vida da mulher/bebê/família, passando a controlar quando e como será o parto, quem e quando pode ter contato com o binômio mãe-filho e como devem ser o comportamento das pessoas envolvidas nesse processo. Essas práticas tornaram a assistência ao parto desumanizada, na qual a mulher não tem o direito de decidir sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo, fazendo-nos questionar sobre a qualidade da atenção prestada a este grupo populacional (SOUZA *et al*, 2013).

No século XX, a partir da década de 80, diante da evidente medicalização do parto, foram iniciadas estratégias comprometidas com a humanização da assistência à saúde da mulher, no sentido de acolhê-la de maneira holística, podendo dizer que as mais atuais e impactantes são a Política Nacional de Humanização do Parto e do Nascimento (PHPN) e a Estratégia Rede Cegonha (REBELLO *et al.*, 2012).

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Tem início no pré-natal estendendo-se até o puerpério, procurando garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias e preservando sua privacidade e autonomia (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

As práticas humanizadoras do nascimento é um processo em que o profissional deve respeitar a fisiologia do parto, não intervindo desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho; criar espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o processo, permitindo um acompanhante de escolha da gestante, informar à paciente todos os procedimentos a que será submetida, além de respeitar todos os seus direitos de cidadania (SOUZA *et al*, 2013).

O que se percebe é que a humanização vem ganhando espaço na assistência ao parto, uma vez que as evidências científicas mostram sua efetividade. (LEISTER, 2011).

Dessa forma, humanizar a assistência ao nascimento implica em mudanças de atitudes e de rotinas no intuito de tornar esse momento o menos medicalizado possível, por meio do uso de práticas assistenciais que garantam a integridade física e psíquica deste ser frágil e requerente de cuidados, levando em consideração o processo de mudanças na busca da homeostasia da vida extra-uterina. Esta situação implica em potencializar as relações humanizadas em que o afeto e somente as intervenções realmente necessárias a cada recém-nascido sejam realizadas. Assim, configura-se como um desafio às instituições e aos profissionais que assistem o recém-nascido/família mudar a concepção e as práticas predominantes, a fim de tornar o nascimento um evento familiar, incorporando ações que os considerem os principais atores envolvidos no momento do parto/nascimento (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

De acordo com Boff (1999) o cuidado prestado ao ser humano retrata que sem o cuidado ele deixa de ser humano. Segundo o autor, quem não receber cuidado do nascimento até a morte, o ser humano, desestrutura-se, define, perde o sentido e morre. Cuidado significa um fenômeno existencial básico. Traduzindo: Um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana enquanto humana

Para Boff (2002) o mais importante não é se o cuidado é macro ou micro, mas sim que o cuidado é visto para além da atitude e de atos dos seres humanos; o cuidado está antes das atitudes humanas, e, portanto, está em todas as situações e ações, "representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro".

3.3.1 Condutas que devem ser estimuladas para humanização do parto

A primeira categoria, denominada de categoria A, enumera vinte e duas práticas classificadas como claramente úteis e que devem ser utilizadas na atenção obstétrica. Baseado nesta categoria, o Ministério da Saúde do Brasil implantou, no ano 2000, o "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento", que objetiva ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, humanizar a assistência, garantir a qualidade da atenção, incentivar o parto vaginal e, desta forma, reduzir os coeficientes de mortalidade

materna no país. O programa repassa incentivos financeiros a municípios e maternidades que ofereçam, em sua rede de serviços, atenção sistematizada em protocolos e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família;

Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto, e ao longo deste último;

Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;

Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;

Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações;

Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;

Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;

Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;

Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;

Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;

Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;

Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;

Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis, durante todo o trabalho de parto e parto;

Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta;

Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;

Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;

Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo por meio do uso do partograma da Organização Mundial de Saúde (OMS);

Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;

Condições estéreis ao cortar o cordão;

Prevenção da hipotermia do bebê;

Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno;

Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (BRASIL, 2014).

3.3.2 Conduitas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas do parto

Uso rotineiro de enema;

Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos;

Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;

Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa;

Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;

Exame retal;

Uso de pelvimetria radiográfica;

Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado;

Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;

Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo;

Massagens ou distensão do períneo durante o parto;

Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias;

Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação;

Lavagem rotineira do útero depois do parto (BRASIL, 2014).

3.3.3 *Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas no parto*

Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa;

Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto;

Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto;

Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto;

Manipulação ativa do feto no momento de nascimento;

Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação;

Clampeamento precoce do cordão umbilical;

Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação (BRASIL, 2014).

Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto;

Controle da dor por agentes sistêmicos;

Controle da dor através de analgesia peridural;

Monitoramento eletrônico fetal;

Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto;

Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços;

Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;

Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;

Cateterização da bexiga;

Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário;

Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto;

Parto operatório (cesariana);

Uso liberal ou rotineiro de episiotomia; (BRASIL, 2014).

4 CAMINHO METODOLOGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura que teve por propósito reunir e sintetizar o conhecimento pré-existente sobre a temática do estudo (concepções de profissionais de saúde sobre a humanização do parto: um estudo a luz da revisão integrativa). Esse tipo de pesquisa permite a síntese de estudos publicados e possibilita conclusões de uma particular área de estudo, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitem de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Corroborando com o descrito acima, Souza, Silva e Carvalho (2010) afirmam que a revisão integrativa corresponde a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Esta combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

4.2 Delineamento do estudo

O estudo foi desenvolvido na Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, na biblioteca do Centro de Educação e Saúde (CES), que disponibilizou a internet para pesquisas *online*, servindo de base bibliográfica para a execução desta pesquisa.

Os critérios de inclusão amostral foram artigos disponíveis na íntegra no período de 10 anos (2005-2015); nos idiomas português, inglês e espanhol; publicados nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na *Base de Dados de Enfermagem* (BDENF). Foi utilizada como estratégia de busca os termos “Assistência ao Parto AND Parto Humanizado”, “Assistência ao Parto AND Profissionais de saúde”, “Assistência ao Parto AND Humanização” e “Assistência ao Parto AND Parto Humanizado AND profissionais de saúde AND Humanização”.

E os critérios de exclusão foram artigos que se repetissem em mais de uma base de dados e que não condiziam com a temática.

4.3 Instrumentos e coletas de dados

Foi construído pela acadêmica participante e pesquisadora responsável um instrumento para condensação dos achados do levantamento bibliográfico. O instrumento foi composto por três frações objetivando a descrição dos artigos filtrados, a saber: título, objetivo e principais resultados (Apêndice).

O levantamento bibliográfico foi realizado no decorrer do mês de Agosto de 2016, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos termos utilizados, empregando a estratégia de busca sob o uso do operador booleano AND.

4.4 Processamento e análise dos dados

Acessou-se a BVS e Scielo com o intuito de iniciar a busca *online* dos artigos para compor este estudo. A identificação dos artigos deu-se através dos termos utilizados, de maneira isolada. O primeiro termo foi “Assistência ao Parto”¹ que apresentou um total de 21.519 artigos e após utilizar os critérios de inclusão, restaram 8.425; sendo que na base de dados MEDLINE foram encontrados 7.554, 638 na LILACS e na BDENF 238 artigos.

O segundo termo foi “Parto Humanizado”², expressando um quantitativo de 736 artigos. Após a filtragem observou-se a existência de 381, sendo subdivididos em 246 na LILACS e 136 na BDENF. O terceiro termo foi “Profissionais de saúde”³, apresentando um total de 75.385 artigos, destes, após a filtragem sumarizou 31.453 distribuídos em 8.650 na LILACS, 2.214 na BDENF e 20.690 na MEDLINE. O quarto e último termo foi “Humanização”⁴, que apresentou um total de 3.750, e após colocar o

¹Assistência ao Parto é a prática de assistir as mulheres no parto.

² Parto Humanizado pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição

³ Profissionais de saúde é uma pessoa que trabalha em uma profissão relacionada às ciências da saúde.

⁴Humanização parte do princípio de que para melhorar a qualidade da assistência não basta apenas investir em equipamentos e tecnologias, se tornando eficaz quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde.

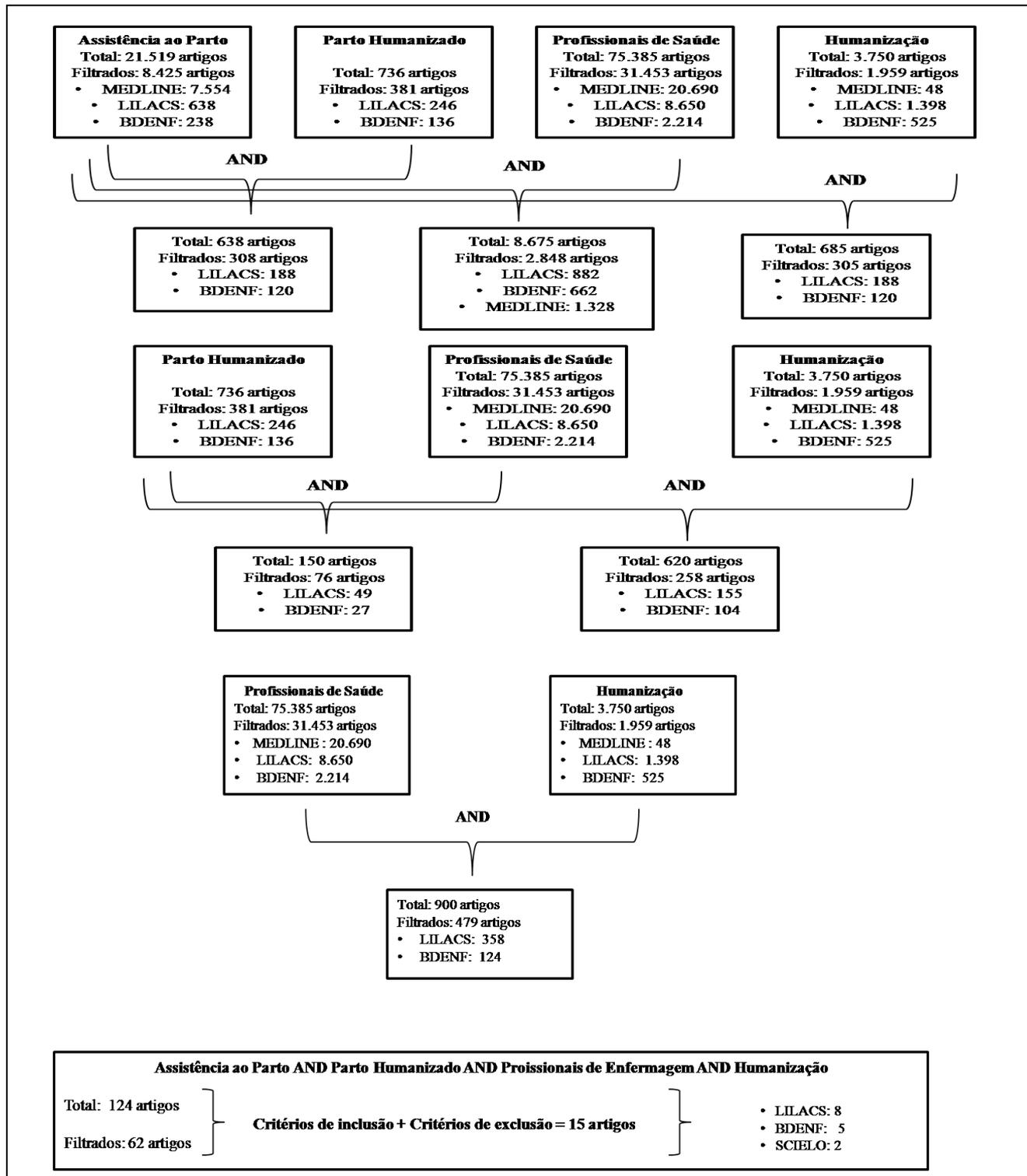
filtro apresentou 1.959 divididos em 1.398 na LILACS, 525 na BDENF e 48 na MEDLINE.

Ao se realizar os cruzamentos entre os termos escolhidos, utilizando o operador booleano AND, obteve-se a seguinte distribuição: “Assistência ao Parto AND Parto Humanizado” um total de 638 artigos, destes, com a filtragem restaram 308; sendo encontrados 188 na LILACS e 120 na BDENF. Outro cruzamento utilizado foi: “Assistência ao Parto AND Profissionais de saúde”, em que foi encontrado um total de 8.675 artigos, que com a filtragem permaneceram em 2.848. Destes artigos, 882 na LILACS, 662 na BDENF e um total de 1.328 na MEDLINE.

Ao cruzar os termos “Assistência ao Parto AND Humanização”, obteve-se um total de 685 artigos, reduzindo-se a 305 com a filtragem e despendidos na base de dados, na LILACS com 188 e na BDENF com 118. Em seguida, cruzou-se os termos "Parto Humanizado AND Profissionais de saúde", foi encontrado um total de 150 artigos, que ao serem filtrados restaram 76. Destes artigos, foram encontrados 49 na base de dados LILACS e 27 no BDENF. Posteriormente ao cruzar “Parto Humanizado AND Humanização”, obteve-se um total de 620 artigos que após a filtragem foi obtidos 258, sendo 155 e 104 para LILACS e BDENF respectivamente. Por fim, foi cruzado os termos "Profissionais de saúde AND Humanização", obteve-se um total de 900, filtrados a 479 e distribuídos em 358 na LILACS e na base BDENF 124.

Ao cruzar os quatro termos, considerados como a situação ideal para atender aos objetivos desta pesquisa, foi encontrado um total de 124 artigos, e após a filtragem utilizando os critérios de inclusão desta revisão integrativa restaram 62 artigos. Admitindo os critérios de exclusão daqueles que se repetiram em mais de uma base de dados e que não condiziam com a temática identificou-se uma amostra final de 15 artigos totalizados.

QUADRO 1: Descrição do processamento e análise dos dados para compor o estudo.



Fonte: Pesquisa direta (2016).

5 RESULTADOS

Para melhor apresentação dos dados oriundos deste estudo dividimos a apresentação dos resultados e discussão em: I - Dados quantitativos referentes a revisão integrativa, II - Categorias temática extraídas da revisão integrativa.

I - Dados quantitativos referentes à revisão integrativa

Após a fase de seleção dos artigos utilizando os critérios de inclusão restaram sessenta e dois (62) artigos. Destes, dois (2) artigos não se encontravam disponibilizados para acesso público e vinte e três (23) artigos apresentavam-se repetidos por constar nos idiomas, inglês e português e por se repetirem nas bases de dados. E os trinta e quatro (34) não se encaixavam na temática desta revisão. Nesse sentido, perfazemos ao final um total de quinze (15) artigos.

Portanto, foram incluídos ao final quinze (15) estudos ao trabalho, estes foram organizados por ano no Quadro 2.

QUADRO 2: Descrição dos artigos selecionados conforme ano de publicação, título, objetivos e principais resultados.

2007		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto.	Conhecer as evidências das parturientes/puérperas e discutir seus sentimentos no processo parturitivo	Com a pesquisa constatou-se que se torna imprescindível conhecer as necessidades e características individuais de cada parturiente, mediante uma aplicação da assistência de enfermagem humanizada. A percepção quanto ao trabalho de parto e parto para as mulheres do estudo foi evidenciada pela dor, considerando-a como sofrimento que estabelecia uma relação entre elas. E a pouca importância dada pelos profissionais para esse sentimento.
2010		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por	Identificar as práticas das enfermeiras obstétricas e	Foi evidenciada as práticas das enfermeiras como decisivas para que as mulheres não

enfermeiros: A percepção de mulheres.	discutir seus efeitos durante o trabalho de parto sob a ótica das mulheres.	desanimassem no momento do parto. A abordagem carinhosa, apoio emocional, a movimentação corporal e a importância dada a presença de um acompanhante no momento do parto foram reconhecidas pelas mulheres ouvidas como prática e atitudes de cuidado próprios das enfermeiras obstétrica.
2011 (a)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A humanização do nascimento: Percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto.	Conhecer a percepção dos profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto sobre a humanização do processo de nascimento.	Ficou evidente que humanização da assistência ao nascimento como é preconizada pelo Ministério da Saúde não condiz com a realidade dos hospitais onde a pesquisa foi realizada, pois, apesar dos profissionais terem claro os principais aspectos da humanização, apontam dificuldades para mudar suas práticas assistenciais, na perspectiva de prestar um atendimento humanizado e de qualidade para a mãe, recém-nascido e família.
2011 (b)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Humanization of delivery and formation of health professionals.	Identificar aspectos relativos à formação dos profissionais na atenção humanizada ao parto e nascimento.	Observou que a mera inclusão de programas de atenção humanizada à parturição na formação dos profissionais da saúde não pode ser considerada uma medida suficiente para garantir que a humanização esteja presente no atendimento oferecido as parturientes. Pois a formação dos profissionais está distante da atenção centrada na qualidade das relações humanas e na satisfação dos usuários.
2011 (c)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Parto humanizado e tipo de parto: Avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do	Avaliar a qualidade da atenção ao parto nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto no SUS no município de Maringá, Paraná;	Com o estudo pode-se ressaltar que a humanização do cuidado somente começa quando a equipe multiprofissional é capaz de detectar, sentir e interagir com as pacientes e familiares e, principalmente,

Brasil.		quando estes podem participar das decisões a respeito dos procedimentos invasivos ou não que deverão ser submetidos, o que inclui a opção sobre o parto vaginal.
2012(a)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no controle hospitalar: significado para as parturientes.	Compreender o significado que a parturiente atribui ao processo de parir assistido pela enfermeira à luz da teoria humanística, e identificar as contribuições deste processo para promover o cuidado humanístico.	Quanto às contribuições do processo de parir atendido pela Enfermeira Obstetra para promover o cuidado humanístico, a utilização da teoria humanística de Paterson e Zderad mostrou-se como um modelo que permite à enfermeira olhar para a parturiente com os olhos do coração, com sensibilidade, colocando-se em seu lugar e entendendo-a em seu existir no mundo. Foi possível identificar facilidades e dificuldades na utilização da prática assistencial obstétrica, ficando evidente que é necessário romper com o modelo tradicional de parto institucionalizado.
2012 (b)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo.	Analisar a percepção de profissionais de saúde sobre a presença do acompanhante durante o processo parturitivo.	Foi observado pela equipe de saúde que o acompanhante foi percebido como um mero expectador da cena da parturição. Assim, ele é visualizado como um agente que não deverá ser envolvido no cenário da parturição, porque pode interferir no trabalho dos profissionais de saúde.
2012 (c)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A percepção de puérperas oriundas da atenção primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de	Conhecer a experiência de mulheres em relação ao contato pele a pele com o seu bebê no momento imediato ao nascimento.	Destacou-se a importância do primeiro contato pele a pele entre mãe e filho promovido pelos profissionais envolvidos no parto. Essa experiência resgatou a emoção do momento do nascimento, que ,

ensino		em partos anteriores, não ocorria devido à separação da mãe do seu bebê.
2012 (d)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica.	Analisar as tendências na produção científica sobre atenção ao parto, no Brasil, na perspectiva da humanização, no período de 2001-2010.	As produções científicas estudadas nesta proposta de investigação delineiam a busca por mudanças, mas verifica-se uma tendência e um clamor por mais investimentos capazes de produzir melhores resultados perinatais.
2013 (a)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social.	Discutir as percepções das mulheres sobre as práticas das enfermeiras obstétricas e analisar os efeitos desta prática sobre as mulheres.	O habitus profissional da enfermeira obstétrica, materializado na implementação de suas ações, é um forte aliado do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento porque ela cria uma demanda social.
2013 (b)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes.	Identificar a percepção das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento do seu trabalho de parto e parto.	Foi percebido que existe uma grande diferença encontrada na maternidade para implementar uma assistência totalmente humanizada à mulher durante o trabalho de parto/parto. Principalmente sendo ela adolescente, que pela própria fase passa por um período conturbado e com tantas modificações.
2013 (c)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Nursing staff and the care devices in the childbirth process: Focus on humanization.	Conhecer os dispositivos que possibilitam a humanização do cuidado no cotidiano da equipe de enfermagem durante o processo de parturição.	Destaca-se a satisfação profissional percebida nas verbalizações dos participantes como elemento preponderante para o desenvolvimento de um cuidado mais humanizado, conseqüentemente, refletindo no atendimento oferecido a parturiente.
2013(d)		

TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal.	Conhecer como as mulheres e os profissionais de saúde percebem a assistência humanizada durante o ciclo gravídico-puerperal.	Foi verificado que os profissionais de saúde, em geral, acreditam que lhes caberia a função de orientar sobre o momento certo de fazer força no momento do parto como uma das atitudes principais, já as parturientes ouvidas tem uma percepção sobre a humanização voltada para toda preparação voltada ao apoio emocional e ao incentivo voltado a elas o que dificilmente era realizado.
2013 (e)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar.	Descrever os critérios utilizados pelos enfermeiros para indicar o ambiente de relaxamento às parturientes e analisar os significados dos cuidados realizados nesse ambiente.	Visualizado então, que o cuidado no ambiente de relaxamento respeita os direitos da mulher de ter vivência do parto e do nascimento do seu filho como um momento prazeroso e humanamente dignificante que promove a privacidade e o conforto físico e psíquico, favorecendo o parto normal.
2014		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas.	Relatar a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observadas durante suas trajetórias profissionais.	Foi observado o despreparo institucional e profissional para a realização do parto humanizado. Utilização de procedimentos desnecessários e verbalizações violentas dos diferentes profissionais de saúde que assistiram as pacientes.

Fonte:Dados de pesquisa, 2016.

O Quadro 2 apresenta quinze (15) artigos, com o ano de publicação, a partir de 2007 à 2014, apreende diferentes percepções sobre parto humanizado pela percepção

dos profissionais de saúde A maioria dos estudos são do ano de 2013, porém ano a ano temos novas publicações sobre a temática, o que demonstra a relevância e a necessidade de novos estudos sobre o tema.

A metodologia empregada na maioria dos estudos selecionados que versaram sobre a temática, teve uma abordagem qualitativa, infere-se que o emprego desse tipo de metodologia se deve a busca de se compreender qual a verdadeira percepção vinda dos profissionais de saúde referente a prática do parto humanizado.

Segundo Silva (2010) a investigação qualitativa opera por meio do método que investiga a experiência, no sentido de compreendê-la, e não explicá-la, importa ver o fenômeno da forma como ele se mostra na experiência vivida pelos sujeitos, os significados que os fenômenos têm para quem os vivencia e que sentidos tais significado apontam no existir humano.

Também se destacam entre os resultados do quadro 2, a necessidade do vínculo enfermeiro e parturiente e a capacitação dos profissionais, para que facilite o momento de trabalho de parto/parto. Foi enfatizado aqui as ações e as limitações dos profissionais de saúde em realizar o parto humanizado, trazer informações importantes sobre o momento tanto para a mulher quanto para a família, e a percepção destas puérperas sobre o trabalho realizado pelos profissionais no momento do seu parto.

QUADRO 3: Descrição dos artigos conforme base de dados, periódicos e Qualis.

2007		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACCS	Rev. Baiana de. Enf	B2
2010		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	Esc. Anna Nery - Rev. de Enf	B1
2011		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
SCIELO	Rev. Gaucha de Enf.	B1
2011		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
BDENF	Rev. Cienc. Cuid Saude	B1
2011		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS

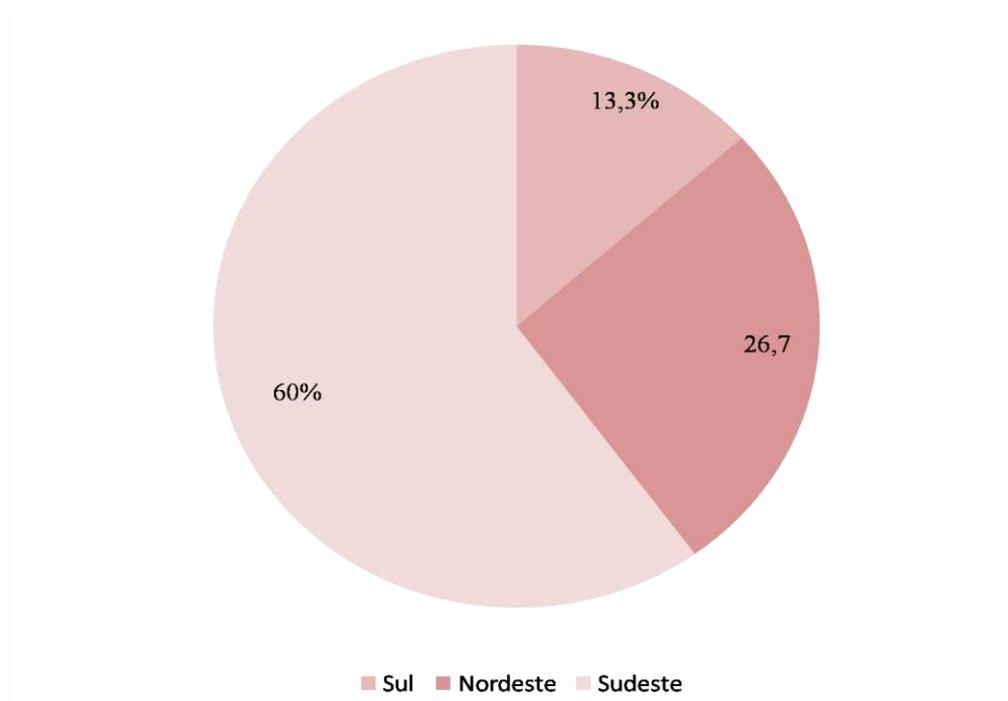
SCIELO	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	B1
2012 a		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
BDENF	Esc. Anna Nery - Rev. de Enf	B1
2012 b		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
BDENF	Rev Rene	B2
2012 c		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	Rev. O Mundo da Saúde	B2
2012 d		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	Rev. Brasileira de Enfermagem	A2
2013 a		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
BDENF	Rev. Enfermagem UERJ	B1
2013 b		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	Rev.. Baiana de Enfermagem	B2
2013 c		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	J. Rev.: Fundam. Care. Online	B2
2013 d		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	Rev. Cuidado é Fundamental	B2
2013 e		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
LILACS	REME, Rev. Min. Enf	B2
2014		
BASE DE DADOS	PERIODICOS	QUALIS
BDENF	Rev Rene	B2

Fonte: Pesquisa direta (2016).

O Quadro 3 demonstra a frequência dos artigos por qualis. O Qualis é um sistema usado para classificar a produção científica, no que se refere aos artigos publicados, é utilizado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Ministério da Educação (MEC), para fim de estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. A estratificação da qualidade dessa produção se realiza de forma indireta. Sendo assim, o qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos e anais de eventos. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C, onde A1 é o mais elevado e C tem peso zero (BRASIL, 2015).

Nesta revisão observou-se que a maioria dos artigos foram publicados em revistas de qualis A2 a B2.

GRÁFICO 1: Categorização da autoria dos artigos encontrados na revisão da literatura quanto ao local de publicação. Agosto. 2016.



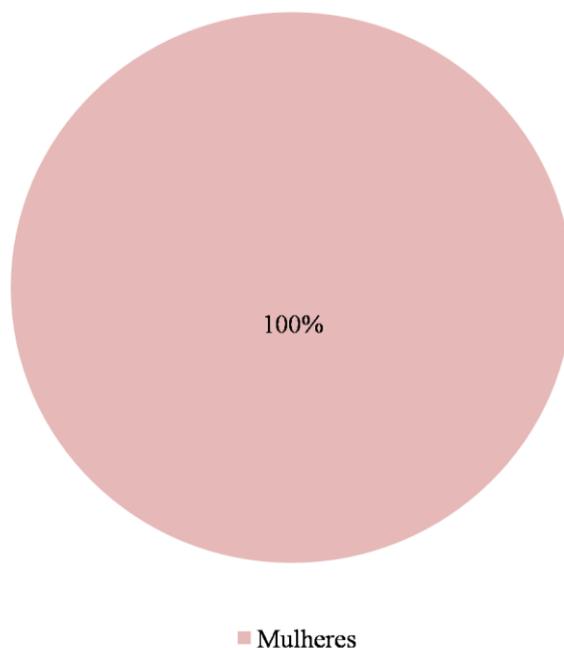
Fonte: Dados de pesquisa, 2016.

As altas taxas de cesarianas são preocupantes, principalmente em países em desenvolvimento, tornando-se um problema de saúde pública, especialmente as cesarianas não justificáveis, estando associada a um maior período de internação, maior

risco a mãe e a criança, contribuindo para o aumento do custo em financiamento público à saúde. O Brasil não difere do restante do mundo, na verdade recentemente, devido ao grande aumento desse tipo de parto recebeu o título de campeão mundial na categoria, referente ao descumprimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) que desde 1985 preconiza que a incidência desse tipo de parto deve ser menor que 15%, e indicada somente para os casos de risco, enquanto no Brasil, essa média gira em torno de 84% (TORRES; MORAIS; PRIULI, 2011).

Dentre os artigos incluídos na pesquisa 60% das publicações prevaleceu na região Sudeste, seguida pela região Nordeste com 26,7% e com 13,3% no Sul. Isso mostra o passo que essas regiões estão dando em relação ao apoio a humanização do parto. Que pretende diminuir as sequelas físicas e psicológicas deixadas por profissionais que não respeitam o momento do nascimento. No parto humanizado, espera-se que a natureza siga o seu fluxo natural

GRÁFICO2: Categorização da autoria dos artigos encontrados na revisão da literatura quanto ao sexo dos autores. Agosto. 2016.



Fonte:Dados de pesquisa, 2016.

Nos artigos encontrados observamos o expressivo valor de cem por cento (100%) de mulheres como principais autoras das pesquisas.

Foi nos anos de 1980 e 1990 que as mulheres brasileiras aumentaram sua participação nas instituições de ensino superior. É possível identificar uma tendência de crescimento na fração de mulheres que estão assumindo posições de pesquisadores e pesquisadores-líderes nos grupos de pesquisa, indicando uma maior inclusão delas no sistema não apenas como estudantes, mas como atores de maior reconhecimento e maior qualificação (OLINTO, 2011)

II - Categorias temáticas extraídas da revisão integrativa.

Frente a leitura dos estudos inseridos na revisão integrativa, destacamos algumas temáticas prevalentes nos textos. Que serão apresentados a seguir, divididas em três categorias:

- **Categoria1: O significado da humanização do nascimento para os profissionais de saúde**

Foi presença na maioria dos artigos estudados o significado da humanização do nascimento pela visão dos profissionais de saúde. Foi observado no levantamento dos artigos que os profissionais apresentaram dificuldades em expressar suas concepções sobre a humanização do nascimento.

De acordo com Porto, Costa e Velloso, (2015) a humanização da assistência ao parto implica principalmente que a atuação profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, promova a saúde e ofereça o suporte psicoemocional necessário à mulher e sua família, promovendo a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe bebê.

Para tanto, é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência que possam comprometer seus direitos de mulher e cidadã (MONTE; RODRIGUES, 2015).

Segundo Almeida, Gama e Bahiana (2015) os diferentes sentidos de humanização atribuídos pelos profissionais ressalta-se o respeito, apoio e acolhimento

para diminuir o sofrimento, estabelecer uma boa relação profissional de saúde-cliente e olhar a mulher como um todo. Para alcançarmos a humanização no parto devemos estar dispostos a livrar a mulher de riscos desnecessários, e como profissionais da saúde zelar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, e não somente ser gentil e carinhoso, que sem dúvida são atitudes indispensáveis em qualquer cuidado. Pode exemplificar essa afirmação com um trecho do estudo de Sousa, Gaíva e Modes (2011) colocado,

[...] Humanizar o parto é causar menor agressão, deixar o parto e nascimento o mais natural possível[...].

Diante disso, foi possível visualizar nos estudos uma inquietude sobre uma humanização mais aperfeiçoada nos serviços de saúde entre os profissionais de enfermagem. Apesar de reconhecerem que realizam ações de humanização ao parto/nascimento apontam a necessidade de melhorias para oferecer uma atenção de qualidade, tanto para a mãe quanto para o recém nascido.

- **Categoria2: Percebendo o diálogo como um diferencial na assistência humanizada**

Conforme apresentado na revisão de literatura as parturientes esperam receber informações e explicações sobre seu trabalho de parto e parto. Para elas, é de extrema importância que o profissional explique os procedimentos que irá realizar, falar sobre o bem-estar do bebê, dialogar, com calma, sem grosseria, pois dessa forma a mesma se sente mais segura, confiante e colaborativa.

A enfermagem atua proporcionando a mulher, durante o parto, maior segurança e conforto, sempre com uma escuta ativa e atenciosa. A criação de vínculo com a paciente é primordial para perceber as suas necessidades e então saber quais as ações a serem realizadas. É grande a importância dos enfermeiros na redução da ansiedade das gestantes e parturientes, proporcionando-lhes mais coragem, conforto e segurança através de uma comunicação bem sucedida (GUIDA, 2013).

De acordo com Prata e Proganti (2013), o papel da enfermagem frente a um acompanhamento humanizado durante o parto exige um profissional sem preconceitos, dado a ouvidos em todos os questionamentos realizados pela parturiente. O respeito, solidariedade, apoio, orientação e incentivo são fatores que demonstram o cuidado e importância da assistência humanizada desse profissional.

Pressupõe-se que o diálogo entre equipe e parturiente deve ser bidirecional. Os profissionais de saúde que se propõem a acompanhar as mulheres durante o processo de parto devem reconhecer a importância da comunicação em sua prática, sabendo ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto, promovendo assim o vínculo entre a equipe e a parturiente (FRELLO; CARRARO, 2010).

Sendo assim, Gomes e Moura (2012) comprova que humanizar sem o contato, sem a comunicação efetiva, faz a dialógica entre o cuidador e o ser a ser cuidado seria impraticável, pois é a partir do diálogo entre esses atores que se busca maior conhecimento das reais necessidades expressas pela usuária e dos instrumentos para atendimento, buscando as razões do sofrimento e procurando ir além da lógica biomecanicista. Para que isso ocorra, a equipe de saúde tem a necessidade de ser capaz de desenvolver habilidade interpessoal para determinar interações efetivas com as parturientes e, de modo conseqüente, fazer a diferença na qualidade da assistência prestada.

Os depoimentos do estudo de Souza et al (2013) assimilou algumas contribuições sobre a importância do diálogo entre profissional e parturiente.

[..] Quanto mais você explica, faz ela participar do processo, faz ela ser um sujeito do processo, realmente mais tranqüila e mais cooperativa ela fica, então assim, a medida que eu vou explicando cada fase, eu estou humanizando. (P13)

[..]Eu acho assim, pelo que percebo da maternidade, a conversa, a orientação que se dá antes de tudo que vai acontecer, deixa a mulher muito mais calma; acho que a orientação também é uma forma de aliviar essa dor dessa mulher, porque ela vai saber lidar com essa dor, entendeu?! Ela vai saber o que está acontecendo, então, aquilo ali não vai ser mais tão estranho pra ela. (P5).

Evidencia-se então a grandeza que tem o diálogo como ponto diferencial para que uma assistência se torne humanizada. Portanto, é apropriado ao profissional identificar o momento ideal para realizar a comunicação junto a parturiente. Principalmente, quando a mesma não está se queixando de dor, se não aquela observação não será entendida com tamanha clareza em sua totalidade.

- **Categoria 3: Visualizando a parturiente como protagonista do processo de parturição**

Diante o exposto nos artigos selecionados observa-se que as preocupações relacionadas ao momento do parto são comuns entre as gestantes. Apontam medos da dor, temor que possa acontecer algo com o filho que está prestes a nascer, preocupações com o seu próprio bem-estar. Pois é um momento que gera ansiedade.

No campo obstétrico, o processo de empoderamento da mulher traz uma nova concepção de poder, assumindo novas formas de tomada de decisões por elas e de responsabilidades compartilhadas, quando envolve não só a consciência individual, mas uma ação coletiva com o propósito de alcançar as transformações sociais. Dessa forma, encorajando as parturientes a serem as protagonistas do evento do parto e nascimento (CAUS, 2012).

Alem de um apoio emocional favorecendo um sentimento de estímulo durante o trabalho de parto e parto é importantíssimo incentivar a parturiente, de acordo com sua destreza motora, a alternar posturas, como sentada no leito, na cadeira, na banquetela, em decúbito lateral, ajoelhada, agachada, ou em pé com inclinação de tronco. Essas mudanças posturais podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal. Observa-se então, que essas práticas tem por objetivo oferecer experiências no processo de parir como evento fisiológico, onde ela pode ter controle sob seu corpo e mente favorecendo o seu protagonismo (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

Pode exemplificar essa afirmação com um trecho do estudo de Nascimento et al (2010) colocado,

[...] O incentivo é fundamental. Eles me incentivaram e me motivaram a fazer isso (referindo-se aos exercícios físicos). Em momento nenhum me deixaram desanimar. Quando eu já achava que não estava mais agüentando, eles me animavam. São todos muito atenciosos. O carinho é fora de série. (Ent.11)

Em forma de respeitar também as escolhas da mulher, são os profissionais assegurando que elas tenham a participação de um acompanhante. Essa participação é garantida pela Lei número 11.108 de 07 de abril de 2005, que certifica a gestante o direito à um acompanhante durante o processo de parturição (SANTOS et al, 2012).

Segundo Vargas et al, (2013) quando a parturiente está na presença de um acompanhante de sua escolha, propicia para mesma maior tranquilidade, onde o medo e

a ansiedade reduzem durante o trabalho de parto, e quando as práticas assistenciais são implementadas de forma adequada, promovem uma sensação de liberdade e de coragem, mostrando para a equipe de saúde como as mulheres podem ser sujeitas ativas deste evento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na síntese dos resultados e discussões dos estudos selecionados nesta revisão integrativa, conhecemos mais sobre a concepção dos profissionais de saúde sobre a humanização do parto devido a importância do seu papel no momento de parturição como também pelo apoio emocional e físico dado a parturiente, fortalecendo assim o vínculo.

Com a criação de algumas estratégias do Ministério da Saúde se desencadeou nova proposta no que concerne ao atendimento ao parto normal, possibilitando aos profissionais e as instituições ligadas diretamente com essa assistência, mudança nos paradigmas, protocolos e atitudes diferenciadas das empregadas tradicionalmente, que visem o respeito e a dignidade à parturiente, ao recém-nascido e aos seus familiares, possibilitando um trabalho de parto ativo e saudável.

O processo gravídico puerperal demanda uma assistência digna e de qualidade que não se limite à expulsão ou extração de um feto do ventre da mulher, é um fenômeno que necessita a implementação de uma assistência verdadeiramente humanizada, com todos os profissionais da saúde respeitando as normas e condutas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, considerando os sentimentos e valores da mulher.

Para se ter uma assistência o mais humanizada possível os profissionais de saúde precisam olhar a mulher como um ser único, respeitando suas vontades e direitos, reconhecendo a mulher e o seu filho como peças fundamentais no evento do nascimento e compreendendo que não basta somente proporcionar à mulher um parto por via natural, se não levar em conta os sentimentos e desejos da parturiente e seus familiares. Por sua vez, é de vital importância que se façam investimentos para estruturar melhor os hospitais e maternidades, remunerar melhor os profissionais e organizar espaços de aperfeiçoamento sobre técnicas e diretrizes para uma assistência humanizada.

Diante do exposto, pode-se concluir que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados. Perante os resultados obtidos, recomenda-se a realização de novos estudos versando sobre a capacitação dos profissionais de saúde, pois, diversos aspectos como a falta de preparo da equipe para ofertar um parto digno e humanizado a mulher sugerem outras discussões que poderão ajudar a guiar para um caminho de uma

assistência qualificada para que o trabalho de parto e parto se torne um momento o mais humanizado possível.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. S. C; GAMA, E. R; BAHIANA, P. M. Humanização do parto: A atuação dos enfermeiros. **Rev. EnfermContemporânea**.V. 4, n. 1, p. 79-90, jan/jun. 2015

BRASIL. Lei n. 11.108. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, **para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União; 8abr 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar: Ética do humano Compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano: Compaixão pela terra**.8 ed. São Paulo: Vozes,2002.

BUSANELLO, J.; KERBER, N. P. C.; FERNANDES, G. F. M.; ZACARIAS, C. C.; CAPPELLARO, J.; SILVA, M. E. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. **Ciência Cuid Saúde**. V. 10, n. 1, p. 169-175, jan/mar. 2011.

CAUS, E. C. M.; SANTOS, E. K. A.; NASSIF, A. A.; MONTICELLI, M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica. **Esc Anna Nery**. V. 16, n. 1, p. 34-40, jan/mar. 2012.

DODOU, H.D; RODRIGUES, D.P; GUERREIRO, E.M; GUEDES, M.V.C; LAGO, P.N; MESQUITA, N.S. A contribuição do acompanhante para humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.2, p.262-269, 2014.

FERREIRA, K. M; VIANA, L. V. M; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: Uma revisão de literatura. **Rev. Saúde em Foco**. Teresina, v. 1, n. 2. p. 134-148, ago/dez. 2014.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E; Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf**. V. 12, n. 4, p. 660-8, out/dez. 2010.

- FRIGO, J; FERREIRA, D. G; ASCARI, R. A; MARIN, S. A; ADAMY, K; BUSNELLO, G. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitareenferm.**, Curitiba , v. 18, n. 4, dez. 2013.
- GONCALVES, R; AGUIAR, C. A; MERIGHI, M. A. B; *et al.* Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol.45, n.1, p. 62-70, 2012.
- GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: Evidências na produção científica. **Rev. Enfermagem, UERJ**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 248-253, abr/jun. 2012.
- GUIDA, N.F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. **Rev.REME**. v. 17, n. 3, p. 524-530, jul/set. 2013.
- LEISTER, N. **Transformações no modelo assistencial ao parto**: história oral de mulheres que deram a luz nas décadas de 1940 a 1980. 2011. 174 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011.
- MALHEIROS, P. A; ALVES, V. H; RANGEL, T. S. A; *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto and Contexto Enfermagem**, vol.21, n.2, pp. 329-337. 2012.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out. /dez. 2008.
- MONTE, A. S.; RODRIGUES, D. P.; Percepção dos profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 27, n. 3, p. 278-289, set/dez. 2013.
- MONTENEGRO, C. A. B; REZENDE, J. F. **Obstetrícia Fundamental**. 12ª edição. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan, 2011.
- NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**,vol.11, n.4, pp. 415-425. NEME, B. **Obstetrícia básica**.3.ed. São Paulo: Sarvier, 2011.
- NASCIMENTO, N. M.; PROGIANI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: A percepção de mulheres. **Esc Anna Nery**.v. 14, n.3, p. 456-461, jul/set. 2010.
- OLINTO, G. A inclusão das mulheres nas carreiras da ciência e tecnologia no Brasil. **Rev. Inc. Soc.**, Brasília, DF, v. 5 n. 1, p.68-77, jul./dez. 2011

- PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. **Rev. Bras. Méd. Farm e Com.**, Rio de Janeiro, v.1, n.3. out/dez, 2010.
- PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 13. ed., ver. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.
- PORTO, A. A. S.; COSTA, L. P.; VELLOSO, N. A. Humanização da assistência ao parto Natural: Uma revisão integrativa. **Rev. Ciência e tecnologia**. V. 1, N.1, p. 12-19, 2015.
- PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M. A influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-28, jan/mar. 2013.
- REBELLO, M. T. N. T.; RODRIGUES NETO, J. F. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Minas Gerais, v. 36, n. 188, p. 188-197, 2012.
- SANTOS, G.S; SOUZA, J. L. O; ALMEIDA, L. S. A importância do enfermeiro no atendimento humanizado no pré-parto. **Revista Brasileira Diálogos & Ciência**, Salvador, n. 31, p. 224-228, 2012.
- SANTOS, L. M.; CARNEIRO, C. S.; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene**. Fortaleza, V. 13, n. 5, p. 994- 1003, 2012.
- SANTOS, A. A. R; MELO, P.C. M; CRUZ, D. D. Trajetória da humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Cultura e Ciência**, Ano IX, v.13 n.2, Mar, 2015.
- SCHMID, V. **O sentido e as funções da dor de parto**. Trad. Sandra Oliveira. Revisão Sílvia Roque Martins. Florence: Centro Studi II Marsupio, 2014.
- SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 14, n. 2, p. 223-29, Abr/Jun. 2010.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- SOUZA, T. G; GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v.32, n.3, p.479, 2011.
- SOUZA, C. M.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N. A.; MARQUES, J. F. Nursing staff and the care devices in the childbirth process: Focus on humanization. **J. Res.: fundam. care online**. v. 5, n. 4, p. 743- 754, out/dez. 2013.

TORRES, Ulysses dos Santos; MORAES, Maria Silvia; PRIULI, Roseana Mara Aredes. O parto cesáreo e o sistema de saúde brasileiro: um estudo em um hospital escola. **Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**. São José do Rio Preto – SP, 2011.

VARGAS, P. B.; VIEIRA, B. D. G.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; LEÃO, D. C. M. R.; SILVA, L. A. Assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Rev de pesquisa cuid. fundam. Online**. V. 6, n. 3, p. 1021-1035, jul/set. 2013.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P.; MELLEIRO, M. M. A percepção de puérperas oriundas da atenção primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino. **O mundo da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 468-474, 2012.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INFORMAÇÕES REFERENTES ÀS PUBLICAÇÕES DOS ESTUDOS										
Título do artigo:										
Autor:										
Feminino					Masculino					
Periódico:										
Ano da publicação:										
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Localização da base de dados:										
LILACS		BDENF			SCIELO			MEDLINE		
Idiomas:										
Português			Inglês				Espanhol			
Qualis:										
A1	A2	B1	B2	B3	Não Identificado					
Principais Resultados:										
Principais regiões:										
Norte	Nordeste			Sul	Sudeste			Leste		